



# Verordnung zur Physiotherapie

## Personalien:

Name  
 Vorname  
 Geburtsdatum  
 Strasse  
 PLZ/Ort  
 Telefon Privat  
 Arbeitgeber  
 PLZ/Ort  
 Telefon Geschäft  
 Versicherer  
 Vers./Unfall-Nr.

**PHYSIOTHERAPIE WIJNROKS**  
 Hans Wijnroks PT / MT OMT  
 Bernstrasse 54  
 3072 Ostermundigen  
 T: 031 931 42 46

## Diagnose:

separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

Krankheit  Unfall  Invalidität

## Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):

Verordnung:  erste  zweite  dritte  vierte  Langzeitbehandlung.

### Ziel der Behandlung:

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
- Entstauung
- Anderes: \_\_\_\_\_
- Spezielles \_\_\_\_\_
- Funktioneller Verband (Tape)
- Instruktion

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_\_  Domizilbehandlung  pro Tag 2 Behandlungen Arztkontrolle nach \_\_\_\_\_ Behandlungen

Vermietung von Geräten:

### Physiotherapeutische Massnahmen:

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

**Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.**

Arzt/Ärztin (Stempel): KSK-Nr.: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

**PHYSIOTHERAPIE WIJNROKS**  
 Hans Wijnroks PT / MT OMT  
 Bernstrasse 54  
 3072 Ostermundigen  
 T: 031 931 42 46

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: